QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

N° 7.

SCIENCES MÉDICALES.

Des hémorrhagies qui se font à la surface des membranes muqueuses, cutanées et séreuses.

SCIENCES CHIRURGICALES.

De l'entorse ; déterminer si cette maladie peut entraîner à sa suite le développement d'une tumeur blanche. Quel est le traitement à opposer à l'entorse ?

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Quelles sont les communications entre l'artère carotide externe et l'artère carotide interne, et de la carotide interne avec la vertébrale ?

SCIENCES ACCESSOIRES.

Caractères des calculs d'acide urique et d'urate d'ammoniaque.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 11 FÉVRIER 1842 ;

PAR

C.-L.-C.-CASIMIR GOBERT,

de Bruxelles (BELGIQUE) ;

CHIRURGIEN DE LA MARINE ROYALE.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, N° 3.

1842.

AU

MEILLEUR DES PÈRES.

Les sacrifices que tu as faits pour moi resteront toujours gravés dans mon cœur.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

C. GOBERT.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22391988

SCIENCES MÉDICALES.

—

DES HÉMORRHAGIES QUI SE FONT A LA SURFACE DES MEMBRANES MUQUEUSES, CUTANÉES ET SÉREUSES.

Avec la généralité des auteurs, nous désignons par le mot *hémorrhagie* tout écoulement de sang hors des vaisseaux destinés à le contenir, quelles que soient d'ailleurs les causes qui le produisent et le lieu où il se fait.

Toutes les parties du corps peuvent être le siége de l'hémorrhagie, puisque toutes sont pourvues de plus ou moins de vaisseaux sanguins. Pour nous renfermer dans notre question, nous ne devons nous occuper que des pertes de sang qui se font à la surface des membranes muqueuses de l'enveloppe cutanée et des membranes séreuses.

Les hémorrhagies ont été diversement appréciées par les auteurs : les uns, considérant principalement la force et la faiblesse du sujet, les ont divisées en *actives* et en *passives ;* d'autres, se basant sur les principales circonstances qui les accompagnent, sur les causes générales ou spéciales qui les produisent, et ayant en vue leur mode de traitement, les ont divisées en hémorrhagies par *fluxion générale*, par *fluxion locale*, par *expansion*, par *expression ;* en hémorrhagies *adynamiques*, *vulnéraires* et *sympathiques*. Telle est la classification adoptée par M. le professeur Lordat, dans son beau travail sur le sujet qui nous occupe.

Tout en reconnaissant la valeur et le mérite de ce mode d'appréciation des pertes de sang, on a généralement préféré les ranger suivant qu'elles sont *traumatiques*, *essentielles* ou *symptomatiques*. Il n'est pas nécessaire d'expliquer le sens attaché aux premières, que M. le professeur de Montpellier appelle vulnéraires. Sous le nom d'essentielles, on comprend les hémorrhagies fournies par des tissus qui n'offrent aucune altération sensible, et sans que l'écoulement sanguin résulte de l'influence d'un autre état morbide. Parfois, en effet, l'épistaxis, l'hématémèse, l'hématurie, comme les menstrues et les métrorrhagies, sont de cette nature, et ne reconnaissent pas d'autres causes internes, au moins appréciables, qu'une modification locale ou générale inconnue. Au contraire, l'hémorrhagie est symptomatique quand elle dépend d'une lésion organique principalement locale, dont elle n'est, en quelque sorte, que le symptôme, ainsi que cela se voit dans des ulcères chroniques de diverse nature, dans des plaies variqueuses, etc.; ou d'une affection morbide, telle que le scorbut. Examinons maintenant les causes, les conséquences et le traitement des hémorrhagies à la surface des membranes muqueuses : nous nous occuperons ensuite de celles qui se font à la surface des séreuses et de l'enveloppe cutanée.

Des hémorrhagies à la surface des muqueuses.

Les hémorrhagies spontanées sont, sans contredit, plus fréquentes à la surface des membranes muqueuses, qu'à la surface des séreuses ou de la peau. Cela n'a rien qui doive étonner, car elles sont douées d'une vitalité très-énergique, sont soumises à l'action d'un grand nombre d'excitants immédiats ou sympathiques; leurs vaisseaux capillaires, qui sont très-nombreux et fort courts, contiennent beaucoup de sang, et rampent à leur surface presque à nu. On pourrait ajouter que l'épithélium a une épaisseur bien moins considérable que l'épiderme. On peut ainsi expliquer pourquoi ces hémorrhagies ont mérité l'attention spéciale des praticiens. Si certaines muqueuses sont, plus fréquemment que d'autres, le siége des pertes de sang, cela tient précisément aux mêmes causes

qui déterminent plutôt les hémorrhagies sur telle membrane que sur telle autre. Telles sont la pituitaire, la muqueuse du poumon, celle de la vessie, etc., qui offrent plus d'exemples d'hémorrhagie que celle des sinus maxillaires : il est vrai que ces membranes sont le siége d'altérations organiques très-communes et capables d'en détruire le tissu ; cependant on y observe souvent des hémorrhagies essentielles ou symptomatiques de maladies plus ou moins éloignées.

Les causes des hémorrhagies à la surface des membranes dont nous parlons, sont principalement locales ou principalement générales ; les unes tiennent surtout aux dégradations organiques locales, les autres aux modifications morbides de l'économie. Parmi les premières, nous placerons les violences traumatiques faites accidentellement ou par la main de l'opérateur. En général, les pertes de sang ne sont à craindre alors que si la blessure a lieu aux extrémités d'un conduit naturel. C'est ainsi que les lésions de l'anus ou de la portion inférieure du rectum, donnent lieu à des éruptions sanguines foudroyantes quand les agents vulnérants y sont portés, ou que le chirurgien y a enlevé des paquets hémorrhoïdaux, des portions squirrheuses ; qu'il a pratiqué la taille recto-vésicale. C'est ainsi que les blessures diverses du canal de l'urètre entraînent parfois des accidents fort graves.

Les lésions traumatiques ne sont pas la source la plus féconde des hémorrhagies des muqueuses, parce que les parties de ces membranes exposées à l'action des causes vulnérantes sont peu étendues ; mais presque toutes les parties de cette peau interne sont le siége de lésions organiques qui les rendent très-propres aux écoulements de sang : c'est ainsi que les polypes des fosses nasales, le cancer de la même partie, donnent souvent lieu à des éruptions sanguines inquiétantes ; elles sont plus graves encore si elles sont dues à une tumeur vasculaire (fongus hématode, cancer mou des Anglais).

L'estomac peut être le siége d'un grand nombre de lésions organiques, telles que le cancer ou le ramollissement, qui peuvent produire des hémorrhagies symptomatiques ; parfois aussi un anévrysme du tronc cœliaque ou de l'aorte abdominale vient s'ouvrir dans la cavité gastrique, et donner lieu à un vomissement de sang promptement mortel. Les pertes

de sang qui ont lieu par la muqueuse urinaire dépendent ordinairement de lésions organiques, de la présence de calculs dans les reins, comme Morgagni en relate des cas fort remarquables, entre autres celui du Pape Léon X. On sait combien sont quelquefois redoutables les hémorrhagies, suite de lésions organiques de l'utérus, du vagin. La matrice surtout est le siége du cancer, de polypes, dont l'hémorrhagie est le symptôme habituel.

Souvent les liquides et les solides de l'économie sont modifiés d'une manière générale par des affections qui ne peuvent être localisées, mais qui étendent leur influence sur toutes les parties du corps : ainsi le scorbut rend les gencives fongueuses et y procure des écoulements sanguins ; mais on peut considérer cette cause plutôt comme vitale que comme organique. Souvent, en effet, les muqueuses des scorbutiques fournissent du sang et n'offrent pas d'altération sensible ; alors on observe des hémorrhagies passives, et l'on peut s'assurer des profondes altérations subies par le fluide nutritif. Certaines familles se transmettent une fatale prédisposition à des hémorrhagies fréquentes, meurtrières, contre lesquelles l'hémostasie la plus puissante et la mieux raisonnée vient souvent échouer; l'existence de cette diathèse hémorrhagique, dont la nature n'a pu être pénétrée, ne peut cependant être révoquée en doute, appuyée qu'elle est par des faits.

Parmi les affections morbides qui deviennent causes d'hémorrhagie, nous signalerons l'état fluxionnaire, soit local, soit général, qui provoque souvent des écoulements sanguins dont la nature, parfois, se sert pour terminer heureusement les maladies. Beaucoup d'états morbides sont jugés, en effet, par des hémorrhagies critiques précédées et amenées par un état général, un molimen, un effort hémorrhagique, véritable état fluxionnaire général. Cette fluxion peut être sous la dépendance, tantôt d'un mode physiologique, telles sont les menstrues dans l'état de santé, tantôt d'un mode pathologique dans lequel l'économie se trouve par le défaut d'une fonction importante : c'est ainsi que la suspension ou la diminution du flux menstruel détermine souvent des hémorrhagies supplémentaires, dont la muqueuse nasale, pulmonaire, gastrique, ou même vésicale, devient le siége. Dans certains cas, l'hémorrhagie se lie à une

lésion d'un viscère plus ou moins éloigné, et n'ayant, avec la muqueuse sur laquelle l'écoulement sanguin se montre, que des rapports vitaux ou sympathiques dont l'observation clinique seule peut démontrer l'existence. Telles sont les pertes de sang qui surviennent toutes les fois que des personnes éprouvent une sensation pénible à la région du foie, et qui forme alors le *pars mandans*, ou la cause vitale qui envoie la fluxion sur la pituitaire, ou le *pars recipiens*.

Après avoir tracé rapidement les principales causes des hémorrhagies qui se font à la surface des membranes muqueuses, exposons les symptômes et les caractères à la faveur desquels on peut les constater. Il semble, au premier abord, que rien ne soit plus aisé que de déterminer l'existence d'une hémorrhagie ; l'écoulement du sang paraît, en effet, suffire à un semblable diagnostic. Cependant on ne peut se refuser à croire que l'écoulement sanguin ayant parfois lieu dans les muqueuses profondément situées, il n'est pas toujours permis de s'assurer de la cause des accidents, qui, dans quelques cas, peuvent entraîner la mort d'une manière très-prompte. Une autre circonstance reste d'ailleurs à reconnaître : il faut savoir si l'hémorrhagie est sthénique ou asthénique, si elle dépend d'un état local ou d'un état morbide général ; si, enfin, ce sont des vaisseaux volumineux ou des capillaires artériels ou veineux qui la fournissent.

Quand la perte de sang se fait par une muqueuse voisine d'une ouverture naturelle, le sang sort tout à coup d'une manière continue, si c'est une hémorrhagie active qui commence; le sang s'échappe en jet continu, mais saccadé, il est rouge, rutilant, spumeux, si une artère a été ouverte; le fluide nutritif sort en bavant, avec lenteur, d'une couleur noire, s'il est fourni par une veine; enfin, plusieurs petits points laissent en même temps suinter des gouttelettes de sang qui s'écoule en nappe, s'il s'agit d'une hémorrhagie des capillaires. Dans ce dernier cas, le plus fréquent pour les membranes muqueuses, il se forme une véritable congestion dans toute la région occupée par la muqueuse ; le système vasculaire est turgescent, et cette disposition constitue un des caractères locaux de la fluxion.

En même temps, le malade éprouve dans la partie une sensation de

pesanteur, de chaleur, de tension, qui augmente avec l'intensité de l'état fluxionnaire; son pouls prend de l'accélération ; il présente parfois un caractère particulier sur lequel Bordeu et Fouquet ont beaucoup insisté, et qui peut faire prédire, dans certains cas, l'hémorrhagie avant son apparition. Ce caractère tient à la répétition d'une pulsation dans un seul temps séparé par un intervalle régulier : c'est ce qui forme le pouls *dicrote* ou *bis-feriens*. Toute la circulation semble activée, mais surtout vers la région où se fait la perte sanguine; il semble que l'économie entière soit occupée à cet effet souvent salutaire, qui, dans beaucoup de cas, amène la solution des maladies. Si la perte de la chair coulante (Bordeu) a eu lieu dans des bornes convenables à la force du malade et à celle de l'affection pathologique, le sujet en éprouve du bien-être; si l'écoulement cesse, la partie reprend son état normal; la maladie est souvent améliorée ou jugée, et cet épiphénomène mérite alors le nom de crise heureuse.

Mais parfois la perte de sang dépasse les bornes du nécessaire, surtout quand ce n'est pas un mouvement spontané de l'agrégat humain vers la terminaison d'une affection morbide, lorsqu'elle dépend d'une altération organique, comme on l'observe si fréquemment à la suite des dégradations utérines. Alors le malade éprouve un affaiblissement rapide; le pouls, de fort et plein, devient petit et serré, parfois à peine sensible; la peau, de chaude, halitueuse, devient froide et couverte d'une sueur visqueuse; la langue est décolorée, tremblotante; le froid s'empare successivement de tout le corps; la face pâlit; la physionomie exprime de plus en plus la crainte et l'étonnement; enfin, la syncope arrive, ou des convulsions viennent terminer la scène morbide. Tels sont aussi la plupart des phénomènes qui se montrent lorsque l'écoulement de sang a lieu, à l'intérieur du corps, sur des muqueuses splanchniques.

Malheureusement ces symptômes ne sont bien tranchés que lorsque la perte est déjà fort considérable et qu'elle menace la vie du malade. Quand l'état dont nous venons de parler se manifeste et tient à une hémorrhagie intérieure, la mort en est le plus souvent la conséquence. A ces symptômes peuvent se joindre les caractères de l'adynamie, comme on le remarque chez des personnes cachectiques, scorbutiques, qui éprou-

vent bien ces changements irrationnels, mais avec beaucoup plus de facilité et de promptitude, en raison du peu de résistance vitale qu'elles présentent aux pertes sanguines peu copieuses : aussi ces accidents sont-ils, pour ces sortes de sujets, des conditions d'un collapsus profond qui finit par les entraîner. Il n'est pas toujours aisé de distinguer si l'hémorrhagie est active ou passive ; cependant, la plupart du temps, l'état général du sujet, l'affection profonde dont il est atteint, le peu d'activité de la perte sanguine, sont propres à faire éviter bien des méprises à cet égard.

Les hémorrhagies survenant à la surface des muqueuses, et qui constituent l'épistaxis, l'hématémèse, l'hémoptysie, le mélœna, la dysenterie, l'hématurie, etc., demandent, pour leur curation rationnelle, que la thérapeutique s'adresse principalement à l'affection interne qui en est la cause prochaine. Ainsi, le praticien devra s'efforcer de combattre l'état pléthorique ou adynamique du sujet, de détourner la fluxion sanguine en rappelant, par exemple, le flux menstruel supprimé ou diminué, des hémorrhoïdes non fluentes depuis quelque temps; et, suivant l'urgence des cas, il s'opposera à l'écoulement sanguin par tout ce que l'hémostatique offre d'efficace. On sait qu'un grand nombre de substances ont été prônées comme de puissants moyens contre les pertes de sang ; nous pensons qu'aucune ne mérite d'être regardée comme spécifique. On peut dire, d'une manière générale, que, dans beaucoup de cas, les astringents produisent de très-bons effets, soit qu'ils agissent comme toniques, soit qu'ils provoquent la constriction des bouches exhalantes : on peut en dire autant des réfrigérants, des évacuants, des révulsifs, qui sont souvent fort utiles. Les narcotiques ont fréquemment été d'un grand secours au praticien ; enfin, nous ajouterons que, quels que soient les dangers attachés aux méthodes perturbatrices, il est des cas dans lesquels on devra y avoir recours.

Nous ne croyons pas devoir exposer les divers moyens plus ou moins mécaniques qui servent à arrêter les pertes sanguines, tels, par exemple, que la compression, le tamponnement, etc.

Les affections internes qui donnent lieu aux éruptions sanguines demandent d'être attaquées aussi directement qu'il est permis à l'art de

le faire. Ainsi, l'affection scorbutique sera combattue principalement par l'éloignement des causes qui l'ont amenée, et par les amers; on appliquera des topiques, ou l'on emploiera des médicaments propres à triompher de l'affection du *pars mandans*; enfin, on cherchera, par des soins assidus, à dompter la fatale diathèse qui entraîne successivement la mort des membres de certaines familles. Il est à déplorer que tous les moyens ordinaires ne puissent rien contre un pareil état morbide.

L'art est plus puissant contre les hémorrhagies qui proviennent de lésions organiques des membranes muqueuses. Ainsi, l'ablation d'un polype, d'une tumeur cancéreuse, et la cautérisation des surfaces dénudées, mettent souvent fin aux accidents immédiats; les hémorrhagies résultant de la déchirure ou de l'exhalation de paquets hémorrhoïdaires, ne résistent pas généralement aux mêmes moyens chirurgicaux. Mais il est une dernière remarque que nous devons faire touchant le traitement des pertes de sang; plusieurs d'entre elles méritent d'être respectées, se trouvant dans la catégorie des maladies que Raymond de Marseille prouve qu'il est dangereux de guérir : souvent, en effet, la santé des sujets est liée à l'existence d'écoulements de sang parfaitement tolérés, quoique très-copieux.

Des hémorrhagies à la surface des membranes séreuses.

Si les pertes de sang sont fréquentes à la surface des muqueuses, elles sont fort rares sur les tuniques séreuses, même en y comprenant celles qui ont lieu dans les cavités des synoviales. Certains écrivains veulent appeler hémorrhagie des séreuses les écoulements sanguins qui se font sans lésion sensible de ces membranes, et nullement celles qui dépendent d'une altération organique idiopathique ou éloignée. Nous ne pensons pas qu'il faille ainsi restreindre les espèces de pertes de sang : nous croyons, au contraire, que les dégradations organiques sont les causes les plus ordinaires de ces sortes d'accidents. Les conditions qui peuvent engendrer des hémorrhagies sur les séreuses étant les mêmes que celles dont nous avons parlé précédemment, nous ne devons pas y revenir en ce moment.

Il semble cependant que les exhalations sanguines à la surface des séreuses dépendent ordinairement d'une affection générale ; car, d'après les observations de Valsalva, Zimmermann, Franck, on trouve en même temps du sang sur les membranes muqueuses voisines.

Quoi qu'il en soit des causes de ces écoulements sanguins, les symptômes sont à peu près ceux que nous avons déjà décrits, et qui constituent le *molimen hemorrhagicum ;* mais comme les séreuses environnent toutes des organes dont les fonctions sont très-délicates, l'hémorrhagie prouve des phénomènes que nous devons mentionner. Quand une accumulation de sang s'opère dans la cavité de l'arachnoïde extérieure ou profonde, il se manifeste des symptômes de compression, soit concentrique, soit excentrique ; le malade tombe dans un coma croissant ; son intelligence devient obtuse ; et quoiqu'elle ne se perde pas entièrement, cependant elle s'obscurcit de plus en plus : en même temps les sens sont assoupis, le mouvement et la sensibilité de la peau s'affaiblissent, et le malade peut même rendre les excrétions involontairement.

Ces symptômes se montrent graduellement, et varient d'intensité suivant la rapidité de l'exhalation sanguine elle-même, ce qui permet de les distinguer de ceux qui appartiennent à l'apoplexie cérébrale : d'ailleurs, dans cette dernière maladie, l'intelligence, la sensibilité et le mouvement sont subitement perdus pendant un temps plus ou moins long ; tandis qu'à la suite de l'épanchement de sang dans l'arachnoïde, ces fonctions sont simplement opprimées. Aussi peut-on, en insistant sur les demandes faites avec énergie, obtenir des réponses régulières de la part du malade ; aussi, en pinçant fortement la peau des membres, parvient-on à faire exécuter au malade des mouvements, tandis que cela est impossible quand il y a apoplexie. Le professeur Serres, de l'Institut, a cherché à démontrer que le cerveau pouvait supporter une compression considérable sans manifester de phénomènes insolites ; il s'appuie surtout sur un fait rapporté par Lassus, où la surface cérébrale fut recouverte par une couche de sang provenant du sinus longitudinal supérieur blessé. Mais M. Serres a dû remarquer que l'épanchement sanguin a eu lieu lentement, et qu'alors les organes nerveux s'habituent à cette compression,

comme toutes les parties du corps finissent par tolérer les altérations les plus graves quand leur production a été fort lente à s'opérer.

Avant de parler des phénomènes engendrés par l'hémorrhagie des autres membranes séreuses, arrêtons-nous un moment sur la manière dont l'accumulation de sang peut se faire dans l'arachnoïde ou dans toute autre membrane du même ordre. On a soutenu que, formées spécialement de lymphatiques, les séreuses manquaient de vaisseaux sanguins ; et Béclard les mettait en doute spécialement dans la tunique méningienne. Nous ne pouvons concevoir de tuniques sans canaux sanguins, parce que toute nutrition suppose le fluide nutritif ou la chair coulante de Bordeu, parce que la maladie finit par les rendre apparents, parce qu'enfin les hémorrhagies par exhalation, constatées dans presque toutes les séreuses, y prouvent l'existence d'artères ou de veines. C'est ainsi que l'anatomie pathologique découvre ou rend incontestable ce que l'examen de l'état normal des tissus n'y avait encore pu démontrer.

L'épanchement de sang dans les plèvres s'observe plus fréquemment que dans toutes les autres séreuses ; il survient *parfois* à la fin des pleurésies anciennes et chroniques, aux derniers degrés de la phthisie pulmonaire, sans que la plèvre elle-même présente la moindre altération. Mais parfois aussi on peut trouver, à la surface de la plèvre pulmonaire, des ouvertures communiquant avec les ramifications bronchiques ou les vaisseaux du poumon qui ont fourni le sang. Quoi qu'il en soit de cette origine, l'épanchement pleurétique peut être fort abondant ; il peut même avoir lieu des deux côtés en même temps ; enfin, il s'opère parfois d'une manière assez rapide. Dans presque tous les cas, on observe simultanément l'hœmothorax et l'hémoptysie, ce qui pourrait faire penser qu'ordinairement l'accident provient de la rupture des vaisseaux pulmonaires.

Dès que l'exhalation sanguine s'opère, le sujet éprouve une sensation de pesanteur, de chaleur, de concentration dans le thorax ; ce sentiment, d'abord vague, devient de plus en plus fixe dans le lieu de l'épanchement. La respiration perd de sa liberté ; elle est gênée ; cet embarras augmente progressivement, et détermine des angoisses, de la suffocation, et même l'asphyxie. En même temps les battements du cœur

deviennent irréguliers, se font sentir dans un lieu insolite et d'autant plus éloigné de la région précordiale que l'épanchement s'accroît d'un seul côté. Si l'hœmothorax se fait très-lentement, le déplacement du cœur peut être fort considérable; mais rarement cette hectopie a le temps de se faire, à cause des accidents graves qui entraînent la perte du malade.

On peut s'assurer, par l'auscultation et la percussion, de ce que les symptômes fonctionnels ont déjà fait soupçonner. Ainsi le son donné par la percussion du thorax devient de plus en plus mat, la sonoréité de la poitrine s'éteint avec l'accroissement de l'hémorrhagie. Nous n'avons pas été peu surpris en lisant, dans la Clinique chirurgicale du baron Larrey (tom. II, p. 239), tout le contraire : « Dans l'épanchement sanguin de » la poitrine, dit ce célèbre praticien, la percussion, au lieu de donner » un son mat et obscur, transmet un son clair et sonore, phénomène » que nous avons vérifié plusieurs fois, quoiqu'il paraisse contraire aux » lois de la physique. » En auscultant le bruit respiratoire, on reconnaît qu'il devient aussi de moins en moins sensible, et d'autant plus que l'hœmothorax est plus considérable et se fait avec plus de promptitude. On pourra distinguer un épanchement de sang d'une accumulation séreuse ou purulente, en ce que celles-ci se font beaucoup plus lentement, qu'elles accompagnent *ordinairement* d'autres maladies, une pleurésie chronique, et que, d'ailleurs, elles ne sont point précédées des phénomènes qui constituent le *molimen*.

Le péricarde peut devenir le siége d'hémorrhagie par pure exhalation ; et quoique ces cas soient fort rares, néanmoins les annales de la science en renferment d'incontestables. Dans cette circonstance, la mort ne tarde pas à survenir, par la gêne croissante des fonctions du cœur : aussi les battements sont-ils irréguliers, intermittents, à peine sensibles, et finissent-ils par s'éteindre en peu de temps. Chose bien remarquable, cette hémorrhagie s'accompagne habituellement de crachats sanguinolents.

La séreuse abdominale peut aussi devenir le siége d'un épanchement sanguin. Ses causes sont les mêmes que celles dont nous avons traité en commençant ; parfois on l'observe dans l'état fluxionnaire qui précède la péritonite aiguë, à cause, sans doute, de la quantité de sang qui abonde autour du péritoine. Indépendamment des symptômes généraux

propres à toutes les hémorrhagies internes, on observe ici des douleurs abdominales vives, déchirantes, soudaines, des vomissements fréquents, une décomposition subite des traits, la pâleur cadavérique du visage, le refroidissement rapide de tout le corps, enfin souvent le délire, mais plus souvent un collapsus profond dont le malade ne se relève pas.

Le traitement des hémorrhagies opérées à la surface des membranes séreuses, est moins efficace encore que celui des pertes de sang survenues sur les muqueuses; les moyens locaux sont presque sans action, à cause de la protection que les parois osseuses du crâne et du thorax offrent à ces tuniques; aussi, à part les saignées révulsives, selon les circonstances, l'excitation de la peau, produite à la faveur des rubéfiants ou des vésicatoires, l'art possède peu de ressources capables de mettre fin à un pareil accident. Les applications froides ou glacées semblent avoir une plus puissante action contre les hémorrhagies péritonéales, mais aussi elles entraînent fréquemment des péritonites mortelles; il est vrai que ce ne serait pas une raison pour en rejeter l'emploi, si elles procuraient ordinairement la cessation d'une hémorrhagie qui entraîne le plus grand nombre des malades.

J'ajouterai, pour terminer ce que j'avais à dire sur les pertes de sang qui se font à la surface des membranes séreuses, qu'on a observé des épanchements de cette nature dans les cavités articulaires. M. le docteur Tessier, de Lyon, dans un mémoire sur les effets de l'immobilité long-temps prolongée (Gaz. méd.; Paris 1841, p. 611), rapporte plusieurs observations d'individus sur lesquels il a trouvé, à l'autopsie, la membrane synoviale injectée, et sa cavité plus ou moins remplie de sérosité sanguinolente, et même par du sang liquide presque sans mélange : ces individus avaient été soumis long-temps à l'immobilité complète, pour consolidation de fracture.

Des hémorrhagies qui se font à la surface de l'enveloppe cutanée.

Nous ne traiterons pas ici des hémorrhagies dépendant d'une blessure de la peau ; nous n'insisterons pas davantage sur les pertes sanguines

produites par le travail des lésions organiques dont nous avons assez parlé au sujet des membranes muqueuses. Nous voulons seulement dire quelques mots des hémorrhagies cutanées, par exhalation ou essentielles. Cet accident a été ordinairement désigné sous le nom de *sueurs de sang*, d'*hématopédèses*, et a été maintes fois constaté, tant par des historiens que par des médecins distingués. C'est ainsi que l'histoire rapporte que Charles IX, roi de France, mourut à Vincennes, le 30 Mai 1574; qu'il expira dans un lit baigné du sang qui lui sortait par tous les pores; que M. Lordat cite qu'un jeune homme ayant été mis en prison pour je ne sais quel délit, la tristesse lui causa des défaillances et une sueur de sang à la poitrine, aux bras et aux mains : il fut guéri par l'élargissement. Ainsi, les faits publiés par Mayer, Whytt, Houllier, etc., ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence des hémorrhagies cutanées sans aucune altération sensible de la peau. Ce n'est pas que, plusieurs fois, des personnes peu attentives ne se soient méprises à cet égard, et n'aient pris pour des sueurs de sang les colorations rougeâtres de la sueur ou de la sérosité, par suite de certains topiques, comme la verveine. Mais on ne peut accuser des praticiens recommandables de s'être laissés aveugler par ces grossières apparences.

Il semble que les causes des hémorrhagies cutanées soient parfois différentes de celles dont nous avons déjà parlé : ainsi, c'est une frayeur subite et profonde qui y donna lieu chez le sujet dont parle l'historien de Thou. Dans certains cas, une violente colère en a été la condition provocatrice; d'autres fois, un effort musculaire considérable en a entraîné l'apparition. On a vu aussi fréquemment la diathèse hémorrhagique se traduire à la peau; de même que la suppression des menstrues ou des hémorrhoïdes habituelles en a été quelquefois la cause évidente, ainsi que le prouvent quelques faits rapportés par M. Lordat. Il faut avouer cependant que, chez certaines personnes affectées de sueurs sanguines, il est impossible de les rapporter à une cause plausible, et l'on doit alors avouer l'existence d'un mode vital caché dont l'influence expliquera ce grave accident.

Il n'est pas difficile de reconnaître l'écoulement de sang à la surface de la peau; mais les troubles fonctionnels ou vitaux qui s'ensuivent

varient suivant la rapidité de l'exhalation, l'étendue de la surface exhalante, enfin la quantité de sang perdue. Tous les points de la surface cutanée peuvent être le siége de la *dermorrhagie* : on l'a vue au bout des doigts, à la plante des pieds, à la paume des mains; mais on l'observe plus souvent à la partie antérieure de la poitrine et de la face. Ordinairement une seule de ces régions en est le siége; mais, dans certaincas, toute la périphérie du corps fournit du sang. La rapidité de l'exs halation n'est pas habituellement très-grande; cependant quelques personnes ont promptement succombé à de pareilles hémorrhagies : telle a été la fin malheureuse d'un praticien dont les journaux on publié récemment l'histoire.

La partie de la peau qui va devenir le siége de l'écoulement sanguin, prend d'abord une teinte rosée qui augmente progressivement d'intensité, de manière à présenter au bout de quelque temps la couleur écarlate; alors des goûttelettes de sang suintent d'une infinité de points à la fois. En examinant avec soin la surface par laquelle le sang s'échappe, l'on ne peut y découvrir aucune lésion, aucune ouverture insolite, et, à part la nature et la couleur, cette sueur sanguine ressemble parfaitement à la sueur ordinaire. La diathèse hémorrhagique se traduit bien plus promptement quand la peau est dépouillée de son épiderme par le frottement ou par toute autre cause. Nous ne nous étendrons par sur les explications diverses qui ont été données sur les hémorrhagies cutanées ; elles nous entraîneraient dans le champ des hypothèses, et nous appartenons à une École qui n'en admet aucune.

Le traitement des *hémorrhagies* se tire de la connaissance de l'état affectif du sujet, de sa constitution, des causes qui les ont amenées ou provoquées : nous n'avons pas besoin de revenir ici sur les principes thérapeutiques déjà exposés ; nous devons en ce moment dire quelques mots d'une hémorrhagie qui, pouvant s'offrir à la surface de toutes les parties du corps, ne pouvait trouver qu'une place exclusive dans un de nos paragraphes; nous voulons parler des hémorrhagies intermittentes périodiques. Fabrice de Hilden et d'autres médecins des siècles passés avaient cité des exemples de ces sortes de pertes sanguines, lorsque M. Lordat les a mises hors de toute contestation, dans son ouvrage sur les hémor-

rhagies. « Les médecins de Montpellier, ajoute l'illustre professeur (ouv. » cité, p. 205), appellent *génie intermittent* la cause qui amène, à des » intervalles fixes ou périodiques, certains symptômes, tels que la fièvre, » les spasmes, les flux, les douleurs, etc., et qui, loin d'être une » circonstance accessoire de ces maladies, en est l'élément essentiel, celui » qu'il faut attaquer par une méthode spécifique. » Cette thérapeutique spécifique consiste dans l'emploi des préparations de quinquina, quelle que soit la nature des hémorrhagies, leur abondance, et le lieu sur lequel elles se manifestent.

SCIENCES CHIRURGICALES.

—

DE L'ENTORSE. DÉTERMINER SI CETTE MALADIE PEUT ENTRAÎNER A SA SUITE LE DÉVELOPPEMENT D'UNE TUMEUR BLANCHE ? QUEL EST LE TRAITEMENT A OPPOSER A L'ENTORSE ?

DÉFINITION. — L'entorse consiste dans un déplacement momentané des surfaces articulaires d'une jointure. Ce déplacement résulte de ce qu'un mouvement faux ou forcé a déterminé l'allongement ou la déchirure des parties molles et des ligaments qui entourent l'article. Le vulgaire donne à cette lésion le nom de *foulure*.

Quelques auteurs ont voulu faire une distinction entre l'*entorse* et le *diastasis;* mais, selon nous, cette distinction est complètement futile. Qu'arrive-t-il, en effet, lorsqu'une cause externe agissant assez fortement sur une articulation telle que celle qui résulte de la réunion de l'extrémité inférieure du radius avec la correspondante du cubitus, sur l'articulation de la symphyse pubienne, sur celles du corps des vertèbres, etc.; agissant, dis-je, assez fortement pour déterminer le tiraillement ou la rupture des parties articulaires ? Ne remarque-t-on pas que les os s'*écartent ?* qu'ils se *déplacent* momentanément ? que l'article devient plus *mobile ?* qu'enfin la *douleur* et le *gonflement* sont les conséquences de cette lésion ? Ne sont-ce pas là aussi les caractères propres à l'entorse survenue dans les articulations même de prédilection, telles que celle du pied avec la jambe, celle de la main avec l'avant-bras ? Si ces deux maladies sont identiques, pourquoi les séparer ?

Toutes les articulations sont sujettes à l'entorse, mais toutes ne le sont pas au même degré. Les orbiculaires ou vagues sont presque à

l'épreuve de cette lésion ; je dirai même plus : je dirai que la scapulo-humérale y est étrangère. Au contraire, on la remarque très-souvent à la radio-carpienne, à la tibio-tarsienne, que l'entorse semble avoir choisies comme lieu d'élection. Entre ces deux extrêmes, il y a plusieurs moyens.

Pourquoi les articulations orbiculaires sont-elles peu sujettes à l'entorse ? C'est qu'elles jouissent de mouvements très-étendus; que les tissus fibreux qui les entourent sont très-élastiques; que des muscles puissants ajoutent leur action à celle des ligaments; et que, quand la résistance au déplacement a été vaincue par une force capable de le produire, ce déplacement est le plus souvent permanent : 1° à cause de la forme des surfaces articulaires ; 2° parce que l'élastiticité dont ces parties sont douées a été tellement outre-passée, qu'elles ne sont plus aptes par elles-mêmes à ramener la tête osseuse dans sa cavité. Ce changement permanent de rapport constitue la *luxation*.

Je dis plus haut que les articulations radio-carpienne, tibio-tarsienne, peuvent être regardées comme les plus sujettes à l'entorse. Cela tient à ce que la disposition anatomique de ces parties est telle, que les surfaces articulaires sont tenues en contact presque exclusivement par des ligaments; ces moyens d'union sont très-serrés, très-peu extensibles ; ces surfaces sont larges : ne seraient-ce pas là des raisons suffisantes pour que, quand une cause venant à agir assez fortement pour les déplacer, le déplacement ne soit que momentané, si l'on n'avait encore à ajouter que, ces jointures étant situées à l'extrémité d'un levier représenté par les membres, sont plus souvent en action que les autres parties articulaires du même levier? Aussi la luxation est-elle rare dans ces articulations, et fréquente dans les orbiculaires.

On m'objectera peut-être qu'au nombre des articulations ginglymoïdales l'huméro-cubitale, la fémoro-tibiale, présentent les conditions déjà citées à un haut degré, et que cependant l'entorse s'y remarque rarement. Cela est vrai ; mais il est aussi vrai de dire que ces articles sont entourés de ligaments si forts, que, pour les allonger, et, à plus forte raison, pour les rompre, il faut une puissance des plus énergiques. J'ajouterai que la grande étendue des surfaces articulaires du genou est une dis-

position favorable à leur non-déplacement, car les jointures doivent avoir une certaine étendue en surface pour être disposées à l'entorse ; mais, cette étendue dépassée, la disposition va en raison décroissante. Le grand nombre d'engrenures de l'articulation huméro-cubitale est encore une raison de plus contre l'objection. On pourrait, ce nous semble, poser en principe, pour les articulations des membres, qu'à mesure qu'on s'approche ou s'éloigne du sommet du cône qu'ils représentent, cette lésion devient plus fréquente ou plus rare.

CAUSES. — Les ligaments étant destinés à unir les os et à borner leurs mouvements, tout ce qui tendra à imprimer à une jointure un mouvement forcé auquel ne se prêtent pas les appareils ligamenteux qui l'assujétissent, pas plus que sa conformation, pourra être considéré comme cause de l'entorse. Nous diviserons les causes en prédisposantes et en efficientes.

Comme causes prédisposantes, quelques auteurs ont cité les diathèses scrophuleuse, rhumatismale, scorbutique, syphilitique, etc. ; mais comme on ne remarque pas plus souvent cette lésion chez des sujets affectés de diathèse syphilitique ou scorbutique, que chez des individus sains, nous ne considérerons comme causes prédisposantes réelles que le vice rhumatismal, et surtout le scrophuleux.

La diathèse scrophuleuse détermine souvent, chez les enfants, le gonflement des extrémités des os longs, par suite l'allongement des ligaments correspondants et leur relâchement plus ou moins considérable, autant de conditions favorables à l'entorse. Chez les sujets scrophuleux, le pied s'aplatit, s'écrase ; l'articulation tibio-tarsienne, devenue plus faible, est moins capable de résister aux violences extérieures ; tout le bord interne du pied s'appuie contre le sol, ce qui n'a pu arriver que parce que les ligaments ne sont plus dans leur état normal, que parce que les surfaces articulaires ont cessé de se correspondre exactement. Cette difformité est connue sous le nom de *pied-plat ;* elle dispose beaucoup à l'entorse de cette partie. Les jointures qui ont déjà été le siége de cette lésion, l'inégalité du sol, surtout si la marche est précipitée, les chaussures qui s'adaptent mal au pied, telles que les sabots, peuvent être considérées comme autant de causes prédisposantes de second ordre.

Les causes efficientes peuvent elles-mêmes être divisées en internes et en externes. Les internes sont les contractions musculaires, ainsi que cela se voit (rarement il est vrai) au poignet, au genou, à la colonne vertébrale, pendant de grands efforts pour vaincre une résistance ; mais le plus souvent elles sont externes : les coups, les chutes, un mouvement forcé, un faux pas.

L'entorse arrive souvent à l'articulation tibio-tarsienne, parce que, dans la marche comme dans la station, elle a à supporter tout le poids de l'individu, et parfois même davantage, parce que la face plantaire ne repose pas exactement sur le sol, parce que cette jointure est presque constamment en rapport avec des corps durs : elle survient par suite d'un faux pas, d'une chute, d'un coup qui a imprimé à l'articulation un mouvement anormal. On l'observe encore lorsque, dans un renversement en arrière, la partie antérieure du pied a été retenue, ou que, dans un saut sur les pieds, le talon n'a pas trouvé d'appui ; elle se remarque à la fémoro-tibiale, à la suite de mouvements de latéralité trop prononcés. On peut en dire autant de l'huméro-cubitale.

Cette lésion survient à la coxo-fémorale pendant un grand écart : on l'y observe rarement ; à la colonne vertébrale, durant un effort considérable pour soulever un fardeau ; à l'articulation atloïdo-axoïdienne, par un mouvement brusque de la tête ; au poignet, la main étant placée, soit dans l'abduction ou dans l'adduction, soit dans l'extension ou dans la flexion : une violence extérieure venant agir fortement contre elle, peut causer l'entorse de cet article. Quant à la scapulo-humérale, j'ai dit plus haut qu'elle y était presque étrangère.

SYMPTOMES. — Les symptômes de l'entorse dépendent des désordres qu'ont éprouvés les parties lésées. Nous admettons, avec M. Bégin, trois degrés dans l'entorse : le premier degré, qui constitue pour les auteurs l'entorse légère, est caractérisé par un allongement peu considerable, sans déchirure des parties ; une douleur vive se fait sentir au moment de l'accident, mais elle est de peu de durée ; le rétablissement complet des mouvements et de la force de l'articulation ne se font pas long-temps attendre. Dans le second degré, l'allongement est plus considérable ; quelques ligaments sont déchirés ; la douleur produite est parfois excessive ; les

mouvements l'augmentent encore : cette douleur aiguë et l'irritation déterminent vers la partie un mouvement fluxionnaire qui va croissant pendant les premières vingt-quatre heures. Alors l'article présente tous les caractères inflammatoires ; il est rouge, chaud, douloureux, rénitent ; l'ecchymose paraît bientôt après ; la peau prend une teinte plus ou moins foncée. M. Sanson fait remarquer que le gonflement et l'ecchymose ne se montrent pas seulement sur les parties qui ont éprouvé le choc, mais aussi du côté opposé : cet auteur ajoute que souvent même ces phénomènes se montrent de préférence dans cette dernière région, parce que les os, en s'éloignant d'un côté, se rapprochent de l'autre, et, par suite de ce mouvement opposé, refoulent et contondent les parties correspondantes. Comme, dans le deuxième degré, le tiraillement n'a pas été excessif, que l'article n'a pas trop souffert, la douleur se dissipe peu à peu, les liquides sont résorbés, et la jointure recouvre ses fonctions. Dans le troisième degré, les ligaments sont déchirés, les cartilages sont plus ou moins contus, la capsule synoviale peut avoir été ouverte ; la peau, les muscles, les nerfs, les tendons, sont plus ou moins froissés ; les vaisseaux sanguins sont parfois rompus ; la douleur est intolérable, les mouvements impossibles ; les accidents acquièrent beaucoup d'intensité ; ils sont opiniâtres et lents dans leur marche. Pour que les parties divisées se réunissent, pour que l'articulation reprenne son état normal, il faut un temps plus ou moins considérable, mais en général assez long. Il n'est pas toujours facile de distinguer ces trois degrés.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'entorse variera suivant son degré, suivant la docilité du malade, suivant sa constitution, suivant l'espèce d'articulation lésée. Ainsi, en supposant que nous ayons affaire à un sujet docile et sain, l'entorse est-elle du premier degré? on pourra porter un pronostic favorable ; peu de jours suffiront pour rendre la partie froissée à son état primitif. Est-elle du second degré? il faudra un temps plus long pour obtenir le même résultat ; mais, presque toujours, on l'obtiendra. Enfin, l'entorse est-elle du troisième degré? le pronostic devra être moins favorable : ce ne sera fréquemment qu'après plusieurs mois que l'article pourra être utilisé ; encore, le plus souvent, les mouvements seront difficiles, la raideur et la faiblesse pourront en

devenir l'apanage. Le pronostic devra, en général, être d'autant plus sévère, que l'articulation lésée sera pourvue de ligaments plus forts et plus serrés. Du reste, il est rare que, chez de tels sujets, des accidents très-graves surviennent quel que soit le degré de l'entorse.

A-t-on affaire à un individu indocile, mais sain, qui n'est sous l'influence d'aucune diathèse ; si cet individu se sert prématurément de la partie malade, la douleur et le gonflement peuvent être portés à un haut degré d'intensité ; il pourra arriver que la maladie, au lieu de durer quelques semaines, se prolonge indéfiniment ; que les ligaments, la synoviale, les cartilages, s'enflamment ; que la suppuration s'ensuive et détermine le ramollissement de ces parties, leur destruction, altère les os et amène leur carie. Des accidents aussi graves ne se remarquent, le plus souvent, qu'à des individus chez qui existe le vice scrophuleux ou le vice rhumatismal. Pour de tels sujets, l'entorse la plus légère, le moindre coup, une simple piqûre, peuvent devenir cause occasionnelle d'une maladie grave de l'articulation ; je veux parler de la tumeur blanche. N'anticipons pas. Par l'exposé de la question, je suis appelé à déterminer si l'entorse peut entraîner à sa suite le développement d'une tumeur blanche.

Broussais a avancé que la tumeur blanche reconnaissait le plus souvent pour cause, des violences extérieures ; pour lui, la tumeur blanche pourrait être la conséquence d'une entorse sans qu'il fût nécessaire de prédisposition particulière de la part du sujet. Mettons Boyer en opposition à cet auteur ; il s'exprime ainsi : « Lorsque le développement » d'une tumeur blanche a été précédé par une violence extérieure quel- » conque, cette violence ne doit être considérée le plus souvent que comme » une cause déterminante occasionnelle de la maladie, dont la véritable » origine, dans ce cas, comme dans ceux où la tumeur s'est développée » spontanément, est interne. » Nous adoptons l'opinion du professeur Boyer, qui, du reste, est celle généralement admise, surtout dans l'École de Montpellier ; pour nous, jamais une entorse, quelque grave qu'elle puisse être, n'entraînera à sa suite le développement d'une tumeur blanche, si le sujet malade n'y est prédisposé par la diathèse rhumatismale, ou par le vice scrophuleux.

Une observation clinique, qui m'a été communiquée par M. Gastal, ex-interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille, aujourd'hui élève de cette École, semblerait devoir ébranler ma conviction, si les détails fournis par l'autopsie du membre amputé ne venaient l'affermir davantage.

Observation. — Au n° 7 de la salle des blessés de l'Hôtel-Dieu de Marseille, est couché Joseph Maurin, soldat au 23me de ligne, entré à l'hôpital pour une entorse de l'articulation tibio-tarsienne. Maurin est doué d'une bonne constitution, d'un tempérament bilioso-sanguin. Le chirurgien, à l'inspection de la partie, diagnostique une entorse : une large ecchymose se montre autour de l'article.

Le 17 Juin 1840, lendemain du jour de l'entrée de Maurin à l'hôpital, on applique cinquante sangsues autour de la jointure. Le 18, le gonflement avait diminué, mais le malade se plaint toujours d'une douleur très-vive ; les mouvements sont très-difficiles et provoquent les cris du malade. Le 19, nouvelle application de sangsues ; le malade se plaint plus que jamais d'une douleur excessive ; le moindre attouchement exaspère la douleur. Du 20 au 24, les accidents s'aggravent. Le 25, on trouve la peau de la partie antérieure du pied rouge, livide, soulevée ; des abcès sous-cutanés se sont formés ; on sent la fluctuation, et l'on donne issue au pus. Le 26, d'autres abcès se montrent derrière les malléoles : on pratique de nouvelles ponctions, et l'on entoure l'articulation de cataplasmes émollients. Le 27, le malade se plaint moins : on continue les émollients ; depuis ce jour, jusqu'au 9 Juillet, tous les accidents s'amendèrent d'une manière sensible. Le 10, Maurin se sentant beaucoup mieux, et voyant l'ouverture des abcès fermée, se lève sans permission, se promène dans les salles, et se livre à des fatigues domestiques dont il ne tarde pas à se repentir. En effet, le jour même, il éprouve des douleurs intolérables dans l'articulation malade, qui l'obligent à se coucher. Le lendemain, on trouve l'articulation très-gonflée : les antiphlogistiques sont de nouveau mis en usage, mais inutilement. Les jours suivants, quelques abcès se forment dans le voisinage de l'article, et finissent par dégénérer en fistules. Le 16, les douleurs continuent à être très-vives, quoique les symptômes inflammatoires se soient dissipés ; le pied est dans une extension permanente ; déjà les phé-

nomènes généraux de la fièvre hectique apparaissent. Le 23, on propose au malade l'amputation du membre comme dernière chance de salut; il accepte : le 26, on la pratique; et, le 28 Août, Maurin sort de l'hôpital complètement guéri.

A l'examen du membre amputé, on remarque que le tissu cellulaire qui environne l'article est lardacé, qu'il est jaune-verdâtre, que les muscles ne sont pas atrophiés, mais infiltrés de pus; le tissu cellulaire profond est gorgé de sanie; la synoviale est épaisse, couleur lie de vin; la synovie est abondante et présente les caractères du pus; le cartilage de l'astragale a disparu dans sa moitié antérieure, ainsi que la partie correspondante du tibia : les os sont intacts.

La lecture de cette observation donne à penser que la cause de la désorganisation des parties molles de la jambe était, ou le vice rhumatismal, ou l'inflammation simple; mais bien que cette observation porte que Maurin était d'une bonne constitution, je suis plus disposé à croire à une diathèse rhumatismale existant chez lui; et cela parce que les détails anatomo-pathologiques nous prouvent que le développement de la tumeur blanche s'est fait de la circonférence au centre, que les cartilages articulaires n'avaient été détruits que dans une partie de leur étendue, que les os étaient intacts, qu'ils n'avaient aucunement participé à l'altération des autres parties. Nous savons que le vice rhumatismal a une prédilection marquée pour les grandes articulations, et que, lorsqu'il est cause d'une tumeur blanche, son action se porte principalement sur les ligaments qui entourent l'articulation malade et sur le tissu cellulaire voisin, dont il détermine le gonflement; que, lorsque ces tumeurs sont le résultat d'une diathèse scrophuleuse, les altérations se font du centre à la circonférence, ainsi que tous les observateurs ont pu s'en assurer. L'examen du membre nous montre toutes les parties qui concourent à former l'articulation, loin d'être atrophiées, comme cela se voit dans les tumeurs blanches qui ont eu pour cause le vice scrophuleux, être, au contraire, gorgées dans tout leur ensemble : d'où nous déduirons que la tumeur blanche survenue chez Maurin n'a pu être le résultat de la diathèse scrophuleuse, mais qu'il est plus que probable qu'elle s'est développée sous l'influence du vice rhumatismal. Je conclurai en disant

que, le plus souvent, il est nécessaire, pour que la tumeur blanche soit une conséquence de l'entorse, qu'il existe, chez le sujet malade, une prédisposition particulière à son développement. Des accidents inflammatoires et les suites qu'ils entraînent après eux peuvent être le résultat d'une imprudence; mais, selon nous, jamais cette imprudence n'occasionnera une tumeur blanche, si la constitution du sujet ne l'y dispose.

TRAITEMENT. — Dans le traitement de l'entorse, il y a quatre indications principales à remplir. Il faut : 1° calmer la douleur et prévenir l'afflux des liquides, si l'on est appelé au moment ou peu de temps après l'accident; 2° combattre l'engorgement lorsqu'il est survenu; 3° favoriser la cicatrisation des parties déchirées; 4° rendre, autant que possible, à l'articulation sa force et ses mouvements.

Pour remplir la première indication, on doit employer, dans la plupart des cas, les réfrigérants et la compression. Si la position de l'articulation permet son immersion dans l'eau, on l'y plongera aussitôt après l'accident, ou du moins le plus tôt possible, et l'on s'attachera à ce que la température de l'eau soit très-basse. On maintiendra la partie plongée dans ce liquide jusqu'à ce qu'on ait jugé que les humeurs ont complètement cessé de s'y diriger : l'expérience a démontré qu'en agissant différemment, la soustraction prématurée des réfrigérants détermine une réaction telle, que l'engorgement qu'on avait voulu prévenir prend un degré d'intensité beaucoup plus considérable que si l'on avait laissé agir la nature.

Pour que l'action de l'eau à la glace se continue, il faut la renouveler à mesure qu'elle s'échauffe, ou l'entourer d'un mélange légèrement réfrigérant. On pourrait aider à l'action stupéfiante et répercussive de l'eau en lui donnant une action résolutive par l'addition d'une certaine quantité d'acétate de plomb. L'irrigation continue dont se sert quelquefois M. Serre de Montpellier semble, par les bons résultats qu'il en obtient, devoir être préférée à l'immersion dans l'eau; elle a, outre l'avantage de borner ses effets dans des limites convenables, celui de pouvoir être employée dans des circonstances qui contre-indiquent le dernier moyen. On sait, en effet, qu'il n'est pas toujours sans danger de plonger une articulation dans l'eau froide quand on a affaire à un sujet faible,

à poitrine délicate, au moment où le corps est en transpiration, à une femme à l'époque de la menstruation. M. Sanson indique, comme pouvant très-bien suppléer à l'immersion, un mélange de suie de cheminée, d'alun, de blancs d'œufs battus, qu'on rendra plus efficace en y ajoutant une forte dose d'opium, dont la vertu stupéfiante et sédative est très-propre à calmer la douleur et à prévenir l'afflux des liquides vers la partie malade, but qu'on se propose.

Les répercussifs sont souvent plus nuisibles qu'utiles dans les entorses des articulations profondément situées, comme la coxo-fémorale, celles du corps des vertèbres, et cela parce que leur action, bien que très-prolongée, est trop faible pour agir à une si grande distance. Les saignées générales ou locales plus ou moins copieuses, répétées et calculées d'après les conditions que présente l'état du malade, son âge, son tempérament, sa constitution, rempliront fréquemment la première indication. M. Lallemand emploie, avec beaucoup de succès, le tartre stibié à hautes doses. J'ai également vu les frictions mercurielles produire de bons résultats.

Lorsqu'on aura jugé que l'articulation peut être retirée du bain dans lequel elle était plongée, on aura soin de l'entourer de compresses trempées d'un liquide résolutif froid; il faudra les imbiber aussi souvent que possible; ce serait même le moyen à employer si, au moment de l'accident, on ne pouvait se procurer le mélange que préconise M. Sanson; ou mettre en usage l'irrigation continue, dans le cas où l'entorse se ferait chez des sujets qui sont dans des circonstances à contre-indiquer l'immersion de la partie dans l'eau froide. On obtiendra parfois de très-bons effets de l'application d'épithèmes préparés avec le sulfate d'alumine, dont la propriété astringente s'oppose efficacement au gonflement et à l'inflammation qui eussent pu être le résultat de l'entorse. Pour aider à ces moyens, on maintiendra l'articulation dans la plus grande immobilité. Dans la plupart des cas, ces moyens répercussifs et un bandage un peu serré, le repos et un régime plus ou moins sévère, suffiront si l'entorse est du premier et même du second degré. MM. Velpeau et Bégin se montrent très-partisans de la compression, comme moyen préventif de l'en-

gorgement, et même comme moyen à lui opposer lorsqu'il a déjà eu lieu.

Si, malgré les moyens mis en usage pour prévenir l'afflux des humeurs, ou si l'on n'est arrivé auprès du malade que lorsque le gonflement a déjà commencé, il faudra remplir la seconde indication, c'est-à-dire combattre les accidents inflammatoires. Pour cela, on entourera l'articulation de sangsues dont le nombre et le temps qu'il faudra les laisser couler après leur chute varieront suivant la force et l'âge du sujet : on pratiquera des saignées d'autant plus copieuses ou d'autant plus rapprochées que le gonflement sera plus considérable; que la douleur qui en résulte sera plus intense, et que l'on aura affaire à un sujet plus vigoureux. La position du membre sera élevée, l'articulation légèrement fléchie, conditions propres à empêcher la stase des humeurs. L'immobilité devra être complète; des cataplasmes émollients chauds, arrosés de laudanum ou d'un liquide résolutif, entoureront l'articulation; on les renouvellera plusieurs fois par jour, et l'on s'attachera, surtout pendant le pansement, à n'imprimer aucun mouvement à l'articulation; enfin, on prescrira une diète sévère, de l'eau de veau ou de l'eau gommée pour boisson. On continuera ces moyens tant que dureront les symptômes inflammatoires. Dès qu'ils auront cessé, on se trouvera très-bien de l'application d'un bandage qui exercera une compression légère et uniforme autour de l'articulation; on l'imbibera souvent d'un liquide résolutif, tel que l'eau blanche, une dissolution de sel marin, de l'eau-de-vie camphrée, qui résolvent les ecchymoses et font disparaître l'engorgement qui peut rester.

On remplira la troisième indication, celle de favoriser la cicatrisation des parties déchirées, à l'aide d'une compression méthodique et de l'immobilité la plus complète. Pour y parvenir, on pourra, à l'exemple du baron Larrey, employer l'appareil amidonné, ou, comme le fait M. Jules Cloquet, se servir de moules en plâtre : l'appareil dextriné est aussi d'un fréquent usage. On fera toujours en sorte que le bandage dont on se sert commence à l'extrémité inférieure du membre et se termine au-dessus de l'articulation malade. Si l'on voulait employer simplement une compression méthodique sans liquide solidifiable, on se trouverait très-bien de l'appareil hyponarthécique. En général, pour obtenir l'immobilité, on pourra mettre en usage la plupart des moyens propres à

la consolidation des fractures ; toujours en supposant que l'engorgement inflammatoire ne soit pas une contre-indication à la compression.

Enfin, on satisfera à la quatrième indication en ne permettant au malade de se servir de son membre que lorsqu'on sera certain qu'il pourra le faire sans danger ; en lui recommandant de n'en faire, dans le premier temps, qu'un usage modéré ; en fortifiant la partie par un bandage compressif méthodiquement appliqué : si c'est au pied, un bandage en spica sera préféré. On fera porter au patient un bas lacé fait en coutil ou en peau de chien, ou bien un brodequin qui, s'adaptant parfaitement à la forme de l'article, ajoutera à la force naturelle de la partie une force artificielle qui aura le double avantage de prévenir une rechute, et de faire disparaître l'empâtement qui se remarque souvent à la suite de la guérison des entorses, surtout après celle du pied. Il arrive souvent que l'articulation a contracté une certaine rigidité : pour y obvier, on imprimera peu à peu à la partie des mouvements de plus en plus étendus ; on aidera à ce moyen par les bains mucilagineux et gélatineux, des bains de vapeurs aromatiques, des frictions avec des huiles végétales camphrées ; par une douce chaleur ; enfin, par l'usage des eaux minérales sulfureuses, telles que celles d'Aix-la-Chapelle, d'Enghein, de Bagnères-de-Luchon. Quelques chirurgiens ont encore conseillé de plonger, quand cela est possible, l'articulation dans la gorge d'un animal qu'on vient d'immoler.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

—

QUELLES SONT LES COMMUNICATIONS ENTRE L'ARTÈRE CAROTIDE EXTERNE AVEC LA CAROTIDE INTERNE, ET DE LA CAROTIDE INTERNE AVEC LA VERTÉBRALE ?

De tous les rameaux de la carotide interne, l'ophthalmique et l'auditive sont les seuls qui viennent au-devant des branches de la carotide externe pour établir une communication directe entre le système artériel encéphalique et l'extra-crânien.

Les anastomoses ont lieu :

1° Par les ethmoïdales antérieure et postérieure ; ces deux émergentes de l'ophthalmique sur le côté interne du nerf optique, pénètrent, par le trou orbitaire interne, dans le crâne, s'anastomosent avec la méningée moyenne (branche de la maxillaire interne), pénètrent, à travers la lame criblée de l'ethmoïde, dans les fosses nasales, à la partie supérieure desquelles elles s'anastomosent de nouveau avec l'artère de la cloison et le rameau supérieur externe de la sphéno-palatine.

2° Par les deux palpébrales de l'ophthalmique dans l'intérieur des paupières, avec des ramuscules de la faciale et de la temporale.

3° Par la sus-orbitaire avec la branche antérieure de la temporale : cette anastomose très-étendue a lieu dans la région sus-orbitaire, au-dessus du trou du même nom.

4° Par l'artère du sac lacrymal avec des capillaires de la faciale. Cette artériole provient de la palpébrale inférieure.

5° Par le tronc de l'ophthalmique lui-même, avec la terminaison de la maxillaire externe, ou mieux l'angulaire du nez.

6° Par l'auditive avec la stylo-mastoïdienne dans l'intérieur du canal

de Fallope : la stylo-mastoïdienne provient tantôt de l'auriculaire postérieure, tantôt de l'occipitale.

Indépendamment des nombreuses anastomoses entre la carotide interne et la vertébrale, qui s'effectuent à la périphérie et au sein de la substance encéphalique, il en est une très-large dans l'hexagone artériel de la base du cerveau. La communicante de Willis réunit à plein canal la carotide interne avec la cérébrale postérieure, laquelle termine le tronc basilaire; celui-ci provient de la réunion des deux vertèbrales.

SCIENCES ACCESSOIRES.

—

CARACTÈRES DES CALCULS D'ACIDE URIQUE ET D'URATE D'AMMONIAQUE.

Ces concrétions urinaires sont très-fréquemment rencontrées dans les voies de l'urine. Si nous recherchons leur composition, nous trouvons que tantôt le calcul ne contient presque que de l'acide urique ; que tantôt il se trouve associé à de l'urate d'ammoniaque ou à d'autres sels. Voici comment s'exprime Marcet sur les calculs dont nous avons à parler : « ceux » qui sont d'une couleur brune ou fauve, à peu près comme celle de » l'acajou, et qui quelquefois présentent de petits tubercules à leur sur- » face, sont presque toujours composés d'acide urique. Lorsqu'on les » coupe en deux, ils paraissent formés de couches concentriques, quelque- » fois homogènes, mais qui, quelquefois aussi, alternent avec d'autres » substances » (*on the chimical hist., etc., of calclous disorders*, p. 52). D'autres écrivains ont prétendu que la couleur ordinaire des calculs d'acide urique était jaune-rougeâtre, qu'ils étaient friables, que leur surface se trouvait unie et radiée ; tandis que ceux d'urate d'ammoniaque présentent la couleur café au lait.

Marcet affirme que la couleur des concrétions ne peut être regardée comme un signe certain, car beaucoup d'autres pierres urinaires peuvent acquérir la même teinte extérieure par l'action du mucus vésical ou de quelque autre sécrétion altérée. Lorsque les calculs sont surmontés de pointes nombreuses, translucides, que leur cristallisation est inégale, ils sont presque toujours formés de phosphate ammoniaco-magnésien, et non d'urate d'ammoniaque, comme certaines personnes l'avaient supposé d'abord. La forme de ces concrétions vésicales, quoique en général ova-

laire, varie cependant beaucoup ; enfin, quoique d'une consistance plus grande, ces espèces de calculs sont moins durs que ceux d'oxalate de chaux, qui s'en distinguent d'ailleurs par la couleur brunâtre, la forme arrondie et les aspérités régulières de leur surface.

Les calculs d'urate d'ammoniaque ne sont pas aussi nombreux que ceux d'acide urique : comme ces derniers, ils ne sont jamais purs ; ils se trouvent mêlés à de l'oxalate calcaire et à des phosphates. Ils sont décomposés par l'acide hydrochlorique ; en général, presque tous les acides ont la même propriété sur eux ; ils précipitent l'acide urique, s'emparent de l'ammoniaque. La soude et la potasse ayant plus d'affinité pour l'acide urique que l'ammoniaque, déplacent cette base pour former un nouveau sel : l'ammoniaque se dégage.

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES ✻, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET ✻ ✠.	*Clinique médicale.*
LORDAT ✻.	*Physiologie.*
DELILE ✻, Présid.	*Botanique.*
LALLEMAND ✻.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL ✻.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ✻.	*Anatomie.*
DELMAS ✻.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH ✻.	*Pathologie médicale.*
SERRE ✻.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD ✻, Exam.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR ✠.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN.
BATIGNE.
BERTRAND.
DELMAS Fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET Fils.
TOUCHY.

MM. JAUMES.
POUJOL, Exam.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE, Ex.
FRANC.
JALAGUIER.
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.